

Harald Stefan · Franz Allmer
Kurt Schalek · Josef Eberl
Renate Hansmann · Elisabeth Jedelsky
Ruza Pandzic · Dagmar Tomacek
Marie Christine Vencour

POP – Praxis- Orientierte Pflege­diagnostik

Pflege­diagnosen, Ziele und Maßnahmen
nach der Version POP2

3. Auflage



 Springer

POP - PraxisOrientierte Pflegediagnostik

Harald Stefan • Franz Allmer • Kurt Schalek • Josef Eberl
Renate Hansmann • Elisabeth Jedelsky • Ruza Pandzic
Dagmar Tomacek • Marie Christine Vencour

POP - PraxisOrien- tierte Pflege- diagnostik

Pflegediagnosen, Ziele und Maßnahmen nach der Version POP2

3. Aufl. 2022

Harald Stefan
Wien, Österreich

Elisabeth Jedelsky
Wien, Österreich

Franz Allmer
Wien, Österreich

Ruza Pandzic
Wien, Österreich

Kurt Schalek
Wien, Österreich

Dagmar Tomacek
Wien, Österreich

Josef Eberl
Schützen am Gebirge, Österreich

Marie Christine Vencour
Wien, Österreich

Renate Hansmann
Wien, Österreich

ISBN 978-3-662-62672-6 ISBN 978-3-662-62673-3 (eBook)
<https://doi.org/10.1007/978-3-662-62673-3>

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

© Der/die Herausgeber bzw. der/die Autor(en), exklusiv lizenziert durch Springer-Verlag GmbH, DE, ein Teil von Springer Nature 2009, 2013, 2022

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung, die nicht ausdrücklich vom Urheberrechtsgesetz zugelassen ist, bedarf der vorherigen Zustimmung des Verlags. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Bearbeitungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Die Wiedergabe von allgemein beschreibenden Bezeichnungen, Marken, Unternehmensnamen etc. in diesem Werk bedeutet nicht, dass diese frei durch jedermann benutzt werden dürfen. Die Berechtigung zur Benutzung unterliegt, auch ohne gesonderten Hinweis hierzu, den Regeln des Markenrechts. Die Rechte des jeweiligen Zeicheninhabers sind zu beachten.

Der Verlag, die Autoren und die Herausgeber gehen davon aus, dass die Angaben und Informationen in diesem Werk zum Zeitpunkt der Veröffentlichung vollständig und korrekt sind. Weder der Verlag noch die Autoren oder die Herausgeber übernehmen, ausdrücklich oder implizit, Gewähr für den Inhalt des Werkes, etwaige Fehler oder Äußerungen. Der Verlag bleibt im Hinblick auf geografische Zuordnungen und Gebietsbezeichnungen in veröffentlichten Karten und Institutionsadressen neutral.

Planung: Renate Eichhorn

Springer ist ein Imprint der eingetragenen Gesellschaft Springer-Verlag GmbH, DE und ist ein Teil von Springer Nature.

Die Anschrift der Gesellschaft ist: Heidelberger Platz 3, 14197 Berlin, Germany

Vorwort

Pflegediagnosen sind Bestandteil der professionellen Gesundheits- und Krankenpflege. Sie dienen der systematischen Erfassung, Beurteilung und Beschreibung von gesundheitsbezogenen menschlichen Verhaltensweisen sowie zur Begründung pflegerischer Interventionen: bei Gesundheitsproblemen, Gesundheitsrisiken und bei der Entwicklung von Gesundheitspotenzialen (Gesundheitsförderung).

Die Autorinnen und Autoren sehen die strukturierte und klassifizierte Form von Pflegediagnosen als hilfreiches Instrument, um die pflegerischen Aufgabenbereiche und Interventionsmöglichkeiten zu ordnen und klar darzustellen. Vor diesem Hintergrund bieten Pflegediagnosen auch eine fundierte Grundlage für Diskussionen über die professionelle Gesundheits- und Krankenpflege. Durch die Strukturierung der Fachsprache wird die Kommunikation der Pflegenden sowohl innerhalb der Berufsgruppe als auch in der Interaktion mit anderen Berufsgruppen erleichtert, womit auch das koordinierte Vorgehen in einem Team gestärkt wird. Pflegediagnosen sichern nicht automatisch einen positiven Beziehungsprozess zwischen pflegebedürftigen Menschen und Pflegenden, können diesen aber bei verantwortungsvoller Anwendung unterstützen.

Der kompetente Umgang mit Pflegediagnosen ist eine wesentliche Grundlage für die zeitgemäße professionelle Pflege und durch die systematische Verwendung kann die Leistungserbringung objektiviert und argumentiert werden. Bei professioneller Anwendung tragen Pflegediagnosen darüber hinaus zur Qualitätssicherung in der Pflege und zu einer aussagekräftigen Pflegedokumentation bei.

Die vorliegende Weiterentwicklung der praxisorientierten Pflegediagnostik (POP) ist Ergebnis von vielfältigen Rückmeldungen aus der Praxis in Form von Korrespondenz und Diskussionen bei Seminaren, Vorträgen und Lehrveranstaltungen. Die Autorinnen und Autoren nahmen das Feedback zum Anlass, sämtliche diagnostischen Konzepte von POP zu prüfen und gegebenenfalls zu überarbeiten. Die aktuelle Version von POP bietet nun schärfere Abgrenzungen der diagnostischen Konzepte und damit mehr Klarheit bei der Anwendung in der Praxis.

Durch die neue Strukturierung der Ätiologien und Risikofaktoren aber auch der enthaltenen Vorschläge und Denkanregungen für Pflegemaßnahmen und Pflegeziele entlang der Einteilung der Ressourcen wird die zentrale Rolle der Ressourcen in POP stärker sichtbar. Sie bieten einen „roten Faden“ durch den Pflegeprozess, der vom Assessment über die Pflegeplanung bis in die Evaluation reicht.

Als hilfreiches Instrument gibt es den pflegediagnosenorientierten Assessmentbogen, der seit 1999 in der Praxis Anwendung findet und evaluiert wurde. Dieser leitet von den Ergebnissen des Pflegeassessments direkt zu den POP-Pflegediagnosen über und unterstützt damit die ersten beiden Elemente im Pflegeprozess. Der Assessmentbogen kann unentgeltlich aus dem Internet unter ► <http://www.springer.at> (als Sample page unter dem Titel des Buches) oder ► <http://www.infact.at> bezogen werden.

Das vorliegende Buch zeigt einen Weg zur pflegetherapeutischen Praxis und soll Gesundheits- und Krankenpflegepersonen auf ihrem Weg zur Selbstkompetenz mit Selbstsicherheit erfüllen. Es bietet eine Grundlage zur Diskussion, Erprobung, Einführung und Anwendung von Pflegediagnosen in der Praxis. Die Autorinnen und

Autoren verstehen Pflege als dynamischen Prozess zwischen professionell Pflegenden und Menschen mit Pflegebedarf in jeglichen Lebenssituationen.

Den Autorinnen und Autoren ist es auch ein Anliegen, dass es möglichst freien Zugang zu den Inhalten von Pflegeklassifikationen gibt. Die Pflegediagnosen der POP-Klassifikation sind für alle Endanwender (Pflegende in den Krankenhäusern, Geriatriezentren, Hauskrankenpflege, Ausbildungseinrichtungen) sowohl in EDV Programmen wie auch in herkömmlichen Dokumentationssystemen lizenzrechtlich gratis anwendbar.

Bei allen personenbezogenen Bezeichnungen gilt die gewählte Form für beide Geschlechter. Zur klaren, verständlichen und für den Leser gut lesbaren sprachlichen Gestaltung wird im gesamten Text die männliche Form für alle personenbezogenen Bezeichnungen verwendet. In den Ausführungen werden Patienten, Mitarbeiter, Pflegepersonen und andere immer auch als Patientinnen, Mitarbeiterinnen usw. betrachtet.

H. Stefan

F. Allmer

K. Schalek

J. Eberl

R. Hansmann

E. Jedelsky

R. Pandzic

D. Tomacek

M. C. Vencour

Wien

September 2012

Autorenportraits

Kontakt zu den Autorinnen und Autoren des Buches unter der E-Mail-Adresse:
pop@infact.at



Harald Stefan

Geboren 1962 in Linz, Österreich

Berufliche Tätigkeiten

- Tätigkeit in leitender Funktion als *Bereichsleitung Pflege* in der Klinik Landstrasse der Stadt Wien *Führungs- und Leitungsaufgaben* in der Pflege
- Ausgebildeter Trainer/Berater für Deeskalations- und Sicherheitsmanagement im Gesundheits- und Sozialbereich

Internationale Tätigkeit in Netzwerken für Pflegeforschung/ Pflegeklassifikationssystemen und Deeskalationsmanagement

Ausbildung

2009	Abschluss Doktor der Philosophie Fach Pflegewissenschaft (PhD) St. Elisabeth Universität für Gesundheitswesen und Sozialarbeit, Pressburg/SK
2005–2009	PhD Programm Nursing Science (Doktoratsstudium), Universität Maastricht/NL – Faculty of Health Sciences und der Charité-Universitätsmedizin Berlin/D – Centre for the Humanities and Health Sciences
2004	Trainerausbildung für Aggression-, Gewalt- und Sicherheitsmanagement
2004	Abschluss Universitätslehrgang Nursing Science – MSc (Master of Science), Donau Universität Krems, Zentrum für Management und Qualität im Gesundheitswesen
1998	Abschluss I. Universitätslehrgang für leitendes Krankenpflegepersonal am Institut für Soziologie der Grund- und Integrativ wissenschaftlichen Fakultät der Universität Wien
1993	Sonderausbildung für leitendes Krankenpflegepersonal 1. Führungsebene an der Akademie für Fort- und Weiterbildung des Allgemeinen Krankenhaus der Stadt Wien – Universitätskliniken
1982–1985	dreijährige Ausbildung an der Schule für psychiatrische Gesundheits- und Krankenpflege am SMZ Baumgartner Höhe Otto Wagner Spital der Stadt Wien. Diplom der psychiatrischen Gesundheits- und Krankenpflege (September 1985)



Franz Allmer

Geboren 1957 in Anger/Weiz/Stmk.

Berufliche Tätigkeiten

Seit 6.2020	Ruhestand
2006-2020	Bereichsleitung Pflege an den Neurologischen Abteilungen im Krankenhaus Hietzing mit Neurologischem Zentrum Rosenhügel
1989–2006	Bereichsleitung Pflege an der 2. Neurologischen Abteilung und Vertretung der Pflegedirektorin des Neurologischen Krankenhauses Rosenhügel in Wien
1988–1989	Stationsleitung Pflege an der neurochirurgischen Intensivpflegestation AKH Wien
1984–1988	Stationsleitungsververtretung Pflege an einer neurochirurgischen Intensivpflegestation AKH Wien
1978–1984	Allgemeine anästhesiologische Intensivpflegestation

Weitere Tätigkeiten

- Durchführung von Seminaren zum Thema Pflegediagnosen und Pflegeprozess
- Mitarbeit an der Entwicklung eines EDV-Programms für die Pflegedokumentation
- Mitautor des Fachbuches „Praxis der Pflegediagnosen“, H. Stefan/F. Allmer et al., Springer Verlag, 1999

Ausbildung

1998	Abschluss des Universitätslehrgang für leitendes Krankenpflegepersonal
1989	Sonderausbildung Stationsleitung
1983	Sonderausbildung Intensivpflege
1978	Krankenpflegediplom



Kurt Schalek

Geboren 1971 in Wien, Österreich

Berufliche Tätigkeiten

Seit 2018	Arbeiterkammer Wien, Abteilung Gesundheitsberuferecht und Pflegepolitik
Seit 2010	Seminare, Workshops und Vorträge zu den Themen Pflegeprozess, Pflegediagnostik und Pflegeklassifikationen
2006-2018	Caritas Österreich, Referat Sozialpolitik und Grundlagen, zuständig für den Themenbereich „Betreuung und Pflege“
seit 2003	Selbstständiger Sozialwissenschaftler
2001–2003	Musik- und Soundproduktion als Mitinhaber von „Two Spirits“
1999–2001	Scientific Project Assistant am Ludwig Boltzmann-Institut für Medizin- und Gesundheitssoziologie
seit 1998	Diverse Projekte in der Gesundheits- und Krankenpflege

Arbeitsschwerpunkte

- Gesundheits- und Krankenpflege (insbesondere Pflegediagnostik und Pflegeprozess)
- Langzeitpflege- und Gesundheitspolitik mit Fokus Gesundheitsberufe
- Systemgestaltung im Bereich Betreuung und Pflege (z. B. Versorgung, Finanzierung, Arbeitsbedingungen)

Ausbildung

2017	Abschluss der Ausbildung zum Trainer für Deeskalations- und Sicherheitsmanagement im Sozial- und Gesundheitsbereich
2007	Abschluss des Studiums der Soziologie sowie der Publizistik und Kommunikationswissenschaft an der Universität Wien
1990	Matura an der Handelsakademie V der Wiener Kaufmannschaft

Website: ► <http://www.infact.at>



Josef Eberl

Geboren 1956 in Ybbs an der Donau, Österreich

Berufliche Tätigkeiten

Seit 2003	Lehrtätigkeit an der Schule für psychiatrische Gesundheits- und Krankenpflege am Otto Wagner Spital in Wien
Seit 1997	Freiberufliche Tätigkeit als allgemein beedeter gerichtlich zertifizierter Sachverständiger für Gesundheits- und Krankenpflege
1992–2003	Lehrtätigkeit an der Gesundheits- und Krankenpflegeschule am Therapiezentrum Ybbs an der Donau in Niederösterreich
1986–1992	Lehrtätigkeit an der Gesundheits- und Krankenpflegeschule in Lainz (Wien)
1982–1986	Tätigkeit als Psychiatriepfleger an der Neurologischen Abteilung im Allgemeinen Krankenhaus Wien
1982	Tätigkeit als Psychiatriepfleger in Ybbs an der Donau in Niederösterreich und in Wien

Persönliche Schwerpunkte

- Pflegeprozess mit Schwerpunktsetzung auf das Pflegeassessment und die Pflegediagnostik
- Implementierung des Pflegeprozesses in der Praxis
- Altenbetreuungskonzepte im gemeindenahen Bereich
- Seminartätigkeit zum Thema Pflegeprozess

Weitere Tätigkeiten

- Mitautor des Fachbuches „Praxis der Pflegediagnosen“, H. Stefan/F. Allmer et al., Springer Verlag, 1999, 2. Auflage, 2000, 3. Auflage, 2003
- Mitautor des Fachbuches „Praxishandbuch Pflegeprozess“, H. Stefan/J. Eberl/K. Schalek/ H. Streif/H. Pointner, Springer Verlag Wien, 2006
- Mitautor des Fachbuches „POP Praxisorientierte Pflegediagnostik“, Springer Verlag Wien, 2009, 2. Auflage, 2013
- Mitautor des Fachbuches „Menschen pflegen, Bd. 1 und 2, A. Heuwinkel-Otter (Hrsg.)/A. Nümann-Dulke (Hrsg.)/N. Matscheko (Hrsg.), Springer Verlag Heidelberg, 2009

Ausbildung

2000	Abschluss der Ausbildung zum Qualitätskoordinator im Gesundheitswesen mit den Schwerpunkten: Qualitätsmanagement allgemein, Qualitätssicherung und -verbesserung, Konfliktmanagement, Moderationstechnik, Datenerhebung und -analyse, Qualitätszirkelarbeit, Projektmanagement
------	--

1998	Abschluss des 1. Universitätslehrgangs für leitendes Pflegepersonal am Institut für Soziologie der Grund- und Integrativwissenschaftlichen Fakultät der Universität Wien zum akademischen Leiter des Pflegedienstes (Pflegemanager)
1989–1990	Sonderausbildung für lehrendes Pflegepersonal
1988	Zweitdiplom für allgemeine Krankenpflege
1982	Diplom für psychiatrische Pflege



Renate Hansmann

Berufliche Tätigkeiten

Seit 5.2013 Ruhestand

1994-2013	Oberschwester der Abteilung Anästhesie- und Intensivmedizin am Krankenhaus Hietzing mit Neurologischem Zentrum Rosenhügel der Stadt Wien
1985–1994	Stationsleitung an der Abteilung Anästhesie AKH Wien
1975–1985	Abteilung Anästhesie
1973–1975	Allgemeine Chirurgie WSP

Hauptaufgabenbereiche

- Qualitätssicherung
- Personalmanagement
- Organisation
- Implementierung des Pflegeprozesses in der Praxis
- AN/OP Dokumentation in der Pflege prä- und intraoperativ
- Präoperative Pflegevisite
- Pflegedokumentation Intensiv KHR
- Pflegedokumentation im Patienten Daten Management System
- Praxis der Pflegediagnosen H.Stefan/F. Allmer et al. (Auflage 1-3)
- Praxis Orientierte Pflegediagnostik H.Stefan/F. Allmer et al. (Auflage 1-2)

Ausbildung

1996–1998	Hochschullehrgang für leitendes Krankenpflegepersonal
1987	Sonderausbildung zur Heranbildung von leitenden Krankenpflegepersonen
1975–1976	Sonderausbildung für Anästhesie
1970–1973	Ausbildung in der allgemeine Gesundheits- und Krankenpflege



Elisabeth Jedelsky
Berufliche Tätigkeiten
Seit 2014 Ruhestand

2003 - 1014	Magistratsabteilung 15 – Gesundheitsdienst der Stadt Wien, Oberin
1984–2002	Leitende Funktion als Stationsschwester und Oberschwester in einer Krankenanstalt der Stadt Wien

Hauptaufgabenbereiche

- Qualitätssicherung im Ausbildungsbereich sowie in der Berufsausübung der nichtärztlichen Gesundheitsberufe

Ausbildung

1996–1998	Hochschullehrgang für leitendes Krankenpflegepersonal
1988	Sonderausbildung zur Heranbildung von leitenden Krankenpflegepersonen
1983–1984	Sonderausbildung Intensivpflege und Dialyse
1969–1972	Ausbildung in der allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflege



Ruza Pandzic
Geboren 1951, Kroatien
Berufliche Tätigkeiten
Seit 2012 Ruhestand

2008–2012	Leitende Funktion als Oberschwester der Chirurgischen Abteilung, Orthopädischen Abteilung, Unfallchirurgischen Abteilung (Station 41 IMC) und Institut für Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgie und Zahnheilkunde der Stadt Wien
1987–2008	Leitende Funktion als Stationsschwester der Stadt Wien

Persönliche Schwerpunkte

- Seminartätigkeit zum Thema Pflegediagnosen und Pflegeprozess
- Implementierung des Pflegeprozesses in der Praxis

Ausbildung

2004–2005	Universitätslehrgang Nursing Science (MSc) an der Donau Universität Krems
1996–1998	1. Universitätslehrgang für leitendes Krankenpflegepersonal an der Grund- und Integrativwissenschaftlichen Fakultät Wien
1991–1991	SAB-Leitend 1.Führungsebene
1985–1987	Krankenpflegeschule am KFJ der Stadt Wien
1966–1970	Gymnasium Osijek/Kroatien
1958–1966	Grundschule Osijek/Kroatien

**Dagmar Tomacek****Berufliche Tätigkeiten**

seit 2016	Diplomierte Gesundheits- und Krankenschwester im Volkshilfe Seniorenzentrum Liezen
2009 - 20015	Diplomierte Gesundheits- und Krankenschwester im Geriatriezentrum Süd der Stadt Wien
1993–2008	leitende Funktion als Oberschwester und Stationsschwester im Sozialmedizinischen Zentrum Süd der Stadt Wien

Ausbildung

1996–1998	Hochschullehrgang für leitendes Krankenpflegepersonal
1993	Sonderausbildung für leitendes Krankenpflegepersonal
1986–1988	Sonderausbildung Intensiv und Dialyse
1979–1983	Ausbildung zur diplomierten Gesundheits- und Krankenschwester



Marie Christine Vencour
 Geboren 1966 in Wien, Österreich
Berufliche Tätigkeit

Seit 1.2014	Oberin in der Pflegedirektion sowie Vertretung der Pflegedirektorin in der Klinik Hietzing
2004-2014	Oberschwester in der Pflegedirektion im Krankenhaus Hietzing mit Neurologischem Zentrum Rosenhügel
2002–2004	Tätigkeit als Vertretung einer Oberschwester in der Pflegedirektion des Krankenhauses der Stadt Wien Lainz
1993–2002	Leitende Funktion als Stationsschwester an einer Station der Gastroenterologie im Krankenhaus der Stadt Wien Lainz
1990–1993	Funktion als Stationsschwestervertretung an der Gastroenterologie im Krankenhaus der Stadt Wien Lainz
1985–1990	Tätigkeit als Diplomierte Gesundheits- und Krankenschwester an der Lungenabteilung im Krankenhaus der Stadt Wien Lainz (stationärer Bereich, Endoskopie & Ambulanz)

Aufgabenbereich

- Organisations- und Pflegeberatung,
- Kontrolle, Sicherung und Verbesserung der Pflegequalität und der Pflegeorganisation
- EDV Ansprechpartnerin für die Pflegeberufe
- Führung der MitarbeiterInnen der Pflegeberatung

Ausbildung

2017	Rezertifizierung Senior Process Managerin (SPcM)
2014	Rezertifizierung Senior Process Managerin (SPcM)
2011	Ausbildung zur Senior Process Managerin (SPcM)
2010	Abschluss des MBA für Health Care Management, Wirtschaftsuniversität Wien
2007/2008	Studiengang für Health Care Management, Wirtschaftsuniversität Wien
2006	Universitätslehrgang Pflegeberatung (Nursing Consultancy)
2004/2006	Weiterbildung Pflegeberatung / Vienna Med. Verein zur Förderung der Gesundheit
2001/2002	Berufsreifeprüfung an der Maturaschule Dr. Roland

1996	Sonderausbildung für leitendes Personal / 1. Führungsebene an der Akademie für Fort- und Weiterbildung des Allgemeinen Krankenhaus der Stadt Wien – Universitätskliniken
1995/1996	Ausbildung zum Qualitätskoordinator im Gesundheitswesen
1989/1990	Fortbildung Fachpraktische Schüleranleitung an der Akademie für Fort- und Weiterbildung des Allgemeinen Krankenhaus der Stadt Wien – Universitätskliniken
1981/1985	Krankenpflegeschule am Krankenhaus der Stadt Wien Lainz

Danksagung

Zum Zeichen der Anerkennung bedanken wir uns für die Unterstützung unserer Arbeit bei folgenden Personen und Gruppen:

Frau DGKS Ulrike Barborik, akad. gepr. Pflegeberaterin, Lehrerin für GuK am AKH Wien, Frau DGKS Ilse Huber, Pflegeberaterin, zertifizierte Wundmanagerin an der Universitätsklinik für Kinder- und Jugendliche, die wichtige Beiträge zur Erstellung von kinderspezifischen Pflegediagnosen geleistet haben.

Dank an unsere Familien und unsere Lebensbegleitungen, ohne die wir nicht wären, was wir sind.

Dank an alle Pflegenden, mit denen wir seit vielen Jahren wertvolle Diskussionen führen und die den Pflegeprozess mit den Pflegediagnosen in der Praxis umsetzen.

Inhaltsverzeichnis

I Allgemeines

1	Grundlagen und Vorbemerkungen	3
---	--	---

II Pflegediagnosen

2	Domäne: Luft	65
---	---------------------------	----

3	Domäne: Wasser	83
---	-----------------------------	----

4	Domäne: Nahrung	97
---	------------------------------	----

5	Domäne: Ausscheidung	143
---	-----------------------------------	-----

6	Domäne: Aktivität und Ruhe	219
---	---	-----

7	Domäne: Alleinsein und soziale Interaktion	347
---	---	-----

8	Domäne: Abwendung von Gefahren	487
---	---	-----

9	Domäne: Integrität der Person	553
---	--	-----

10	Domäne: Soziales Umfeld	791
----	--------------------------------------	-----

Serviceteil

	Stichwortverzeichnis	849
--	----------------------------	-----

Allgemeines

Inhaltsverzeichnis

Kapitel 1 Grundlagen und Vorbemerkungen – 3



Grundlagen und Vorbemerkungen

Inhaltsverzeichnis

- 1.1 Der Begriff „Pflegediagnose“ – 6**
 - 1.1.1 Pflegephänomene und Pflegediagnosen – 6
 - 1.1.2 Unterscheidungsmerkmale von Pflegediagnostik und medizinischer Diagnostik – 7
- 1.2 Pflegediagnostik und Aufwandsdarstellung – 9**
- 1.3 Ziele des Formulierens von Pflegediagnosen – 9**
- 1.4 Zeitpunkt des Formulierens von Pflegediagnosen – 10**
- 1.5 Das POP-Ressourcenmodell – 10**
 - 1.5.1 Ressourcen und Pflegebedarf – 10
 - 1.5.2 Theoretischer Hintergrund der POP-Klassifikation – 12
 - 1.5.3 Der ressourcenorientierte Ansatz von POP – 12
 - 1.5.4 Arten von Ressourcen in der POP-Klassifikation – 13
 - 1.5.5 Zusammenhang von Ressourcen und POP-Pflegediagnostik – 14
 - 1.5.6 Methodisches Vorgehen bei der Erarbeitung der POP-Pflegediagnosen – 16
- 1.6 Die POP-Pflegediagnosen – 16**
 - 1.6.1 Arten von Pflegediagnosen – 17
 - 1.6.2 Format der POP-Pflegediagnosen – 19
 - 1.6.3 Gesundheitspflegediagnosen – 21

Elektronisches Zusatzmaterial Die elektronische Version dieses Kapitels enthält Zusatzmaterial, auf das über folgenden Link zugegriffen werden kann https://doi.org/10.1007/978-3-662-62673-3_1.

1.7 Die POP-Klassifikation – 24

- 1.7.1 Vorschläge für Pflegeziele und Pflegemaßnahmen in POP – 25
- 1.7.2 POP und unterschiedliche Pflegemodelle in der Praxis – 25
- 1.7.3 Die Ressourcenkategorien „körperlich/funktionell“, „psychisch“ und „sozial/umgebungsbedingt“ – 26
- 1.7.4 Liste der Pflegediagnosen nach der POP-Klassifikation (POP2) – 28
- 1.7.5 Veränderungen in der Pflegediagnosenliste gegenüber der 1. Auflage – 28
- 1.7.6 Der POP-Zahlencode – 40

1.8 Der diagnostische Prozess – der Weg zur Pflegediagnose – 41

- 1.8.1 Voraussetzungen für das Diagnostizieren – 41
- 1.8.2 Die Elemente des diagnostischen Prozesses – 43
- 1.8.3 Praktische Tipps für den Weg zur Pflegediagnose („Diagnosepfad“) – 44
- 1.8.4 Alltagsnahe Pflegediagnosen – 48
- 1.8.5 Direkte und indirekte Ressourcen – 48

1.9 Beurteilungskriterien der Qualität von Pflegediagnosen – 49

1.10 Der pflegediagnosenorientierte Assessmentbogen – 51

- 1.10.1 Inhalt des pflegediagnosenorientierten Assessmentbogens (pdo AB) – 51
- 1.10.2 Struktur des pflegediagnosenorientierten Assessmentbogens – 52

Elektronisches Zusatzmaterial – 61

Die praxisorientierte Pflegediagnostik (POP) ist eine Pflegeklassifikation, bei der die pflegediagnostischen Beschreibungen von notwendigen Voraussetzungen (= Ressourcen) abgeleitet werden, die ein Mensch benötigt, um erfolgreich seinen Alltag bewältigen zu können. Diese notwendigen Voraussetzungen (= Ressourcen) werden in körperliche/funktionelle, psychische und soziale/umgebungsbedingte Bereiche unterteilt. Der Einsatz von POP benötigt eine gesundheitsbezogene Sichtweise der Pflegenden (Abkehr von der Defizitorientierung). POP ermöglicht Ressourcenorientierung in der Pflege systematisch zu erfassen, darzustellen und bewusst in die Pflegeplanung einzubeziehen. Diese Möglichkeiten der Ressourcenorientierung erscheinen aus der Sicht der Autorinnen und Autoren besonders auch für die wachsenden neuen Arbeitsbereiche der Pflege, wie Beratung, Prävention und Gesundheitsförderung in allen Pflegesettings attraktiv.

Die praxisorientierte Pflegediagnostik (POP) ist eine Pflegeklassifikation, bei der die pflegediagnostischen Beschreibungen von notwendigen Voraussetzungen (= Ressourcen) abgeleitet werden, die ein Mensch benötigt, um erfolgreich seinen Alltag bewältigen zu können. Diese notwendigen Voraussetzungen (= Ressourcen) werden in körperliche/funktionelle, psychische und soziale/umgebungsbedingte Bereiche unterteilt. Der Einsatz von POP benötigt eine gesundheitsbezogene Sichtweise der Pflegenden (Abkehr von der Defizitorientierung). POP ermöglicht Ressourcenorientierung in der Pflege systematisch zu erfassen, darzustellen und bewusst in die Pflegeplanung einzubeziehen. Diese Möglichkeiten der Ressourcenorientierung erscheinen aus der Sicht der Autorinnen und Autoren besonders auch für die wachsenden neuen Arbeitsbereiche der Pflege, wie Beratung, Prävention und Gesundheitsförderung in allen Pflegesettings attraktiv.

Pflegediagnosen ermöglichen die systematische Steuerung des Pflegeprozesses, etwa durch die Fokussierung der pflegerischen Wahrnehmung. Eine praxisorientierte Pflegediagnostik kann die professionell Pflegenden unterstützen, Prioritäten zu setzen, zielgerichtet zu handeln und Pflegeinterventionen zu argumentieren. Der Einsatz einer praxisorientierten Pflegediagnostik (POP), d. h. einer lebendigen und von den praktisch Tätigen akzeptierten Pflegediagnostik, ist eine wichtige Basis der professionellen Kommunikation und Dokumentation, um die Grundlagen und den Stellenwert der pflegerischen Arbeit aufzuzeigen und verständlich zu machen.

Die praxisorientierte Pflegediagnostik (POP) betritt das Feld der Ressourcenorientierung in der Pflegediagnostik und macht die Ressourcen zum grundlegenden Bestandteil der Pflegediagnostik.

Die Erweiterung des Konzepts „Pflegediagnose“ durch einen konsequenten ressourcenorientierten Ansatz ermöglicht Pflegenden eine veränderte Sichtweise von Menschen mit Pflegebedarf. Bestehende Konzepte, wie Prävention, Gesundheitsförderung und eine gestärkte Rolle der Menschen mit Pflegebedarf werden besser in der Praxis der Pflege integrierbar.

POP wurde erstmals im April 2009 veröffentlicht und findet seither Anwendung im gesamten deutschsprachigen Raum in unterschiedlichen pflegerischen Settings. Akutkrankenhäuser im allgemeinen als auch im psychiatrischen Bereich, Rehabilitationseinrichtungen sowie unterschiedliche Einrichtungen in der Langzeitpflege nutzen POP in der täglichen pflegerischen Arbeit.

1.1 Der Begriff „Pflegediagnose“

Der Begriff „Diagnose“ kommt aus dem Griechischen und bedeutet „unterscheiden“. Der Große Brockhaus nennt für die Beschreibung des Begriffs „Diagnose“ die deutschen Wörter „Unterscheidung“, „Erkenntnis“, „Erkennung“. Der Begriff „Diagnose“ wird von vielen unterschiedlichen Berufsgruppen verwendet. Er ist keiner bestimmten Berufsgruppe vorbehalten.

Der US-amerikanische Pflege-Berufsverband ANA definiert: „Nursing is the protection, promotion, and optimization of health and abilities, prevention of illness and injury, alleviation of suffering through the diagnosis and treatment of human response, and advocacy in the care of individuals, families, communities, and populations“ (ANA-Website 2012) (dt.: Pflege ist der Schutz, die Förderung und Optimierung von Gesundheit und Fähigkeiten, die Prävention von Krankheiten und Verletzungen sowie die Linderung von Leiden mittels Diagnose und Behandlung von menschlichen Reaktionen und umfasst auch anwaltschaftliche Tätigkeiten in der Betreuung und Pflege von Individuen, Familien, Gemeinschaften und der Bevölkerung.)¹

In dieser Beschreibung von Pflege kommt zum Ausdruck, dass Diagnostizieren ein unverzichtbarer Bestandteil der Pflege ist. Pflegediagnosen sind ein Element des Pflegeprozesses und dieser wiederum Teil des gesamten Behandlungsprozesses.

Diagnostizieren bedeutet, die Lebenssituation eines Menschen und den aktuell vorhandenen Pflegebedarf zu beschreiben und zu bewerten. Es geht um die Entscheidung, ob ein Mensch pflegerische Unterstützung benötigt und wenn ja, welche und warum. Diese grundlegende Festlegung macht die Pflegediagnostik zu einem zentralen Entscheidungsprozess in der eigenverantwortlichen professionellen Pflege.

Um diese Entscheidungen professionell treffen zu können, müssen Pflegende die Kunst des Erkennens und Beurteilens von Zeichen, Symptomen, Faktoren und Ursachen erlernen und beherrschen.

1.1.1 Pflegephänomene und Pflegediagnosen

Wenn Pflegende Pflegediagnosen verwenden, geht es um die Beurteilung bestimmter Aspekte in der aktuellen Lebenssituation eines Menschen mit Unterstützungsbedarf. Die Eingrenzung des Lebensaspektes, um den es genau geht, kann über das Konzept des „Pflegephänomens“ erfolgen.

Ein „Phänomen“ ist das Erscheinende, sich Zeigende, mit den Sinnen Wahrnehmbare (vgl. Duden 1982). In der Pflege sind dies Aspekte der Gesundheit, Aspekte des Krankseins, Alltagskompetenzen – ganz generell Lebensprozesse. Wahrnehmung bezieht sich dabei sowohl auf die Menschen, die Pflege benötigen als auch auf die Pflegenden.

Diese pflegerelevanten Aspekte des Lebens bilden einen Hauptbestandteil im Titel einer Pflegediagnose, z. B. „Atmen“, „Körperliche Mobilität“, „Haushaltsführung“, „Soziale Interaktion“ oder „Hoffnung“.

1 Übersetzung durch die Autorinnen und Autoren dieses Buches.

Erkennen professionell Pflegende Handlungsbedarf im Zusammenhang mit einem Pflegephänomen, werden sie diesen in Form einer Pflegediagnose festhalten und begründen.

Um in einer Klassifikation einzelne Pflegediagnosen voneinander abgrenzen zu können, ist eine Definition erforderlich. Eine Definition ist eine gemeinsame Übereinkunft darüber, was mit einem bestimmten Begriff bezeichnet wird und schafft ein gemeinsames Verständnis (Was verstehen wir z. B. unter *Atmen*, *beeinträchtigt* oder unter *Körperlicher Mobilität*, *Entwicklung der Ressourcen*?).

Da es zumindest drei Arten von Pflegediagnosen gibt (Gesundheitspflegediagnose, Risiko-Pflegediagnose, Aktuelle Pflegediagnose – vgl. Abschnitt „Arten von Pflegediagnosen“, S. 16), muss in einer Klassifikation jede Pflegediagnose eine eigene Definition erhalten, die sich auf das Pflegephänomen bezieht. Dadurch werden die diagnostischen Konzepte unterscheidbar und können in der fachlichen Kommunikation einheitlich verwendet werden.

Die Definition ist ein fester Bestandteil jeder Pflegediagnose und ist das wichtigste Kriterium für die Prüfung, ob eine bestimmte Pflegediagnose zu einer aktuellen Situation passt.

1.1.2 Unterscheidungsmerkmale von Pflegediagnostik und medizinischer Diagnostik

Medizinisch gesehen wird ein Mensch zum Patienten, wenn er erkrankt. Für die Pflege wird ein Mensch zum Patienten bzw. Klienten, wenn dessen Selbstpflegevermögen nicht mehr ausreicht, um die aktuelle gesundheitsbezogene Lebenssituation und die dadurch auftretenden Erfordernisse selbstständig zu bewältigen. Sowohl die Pflege, als auch die Medizin ermitteln einen Bedarf in Form von Diagnosen und leiten davon Maßnahmen ab. Die Medizin setzt sich in ihrem Tätigkeitsbereich mit den Krankheiten von Menschen und den notwendigen medizinischen Behandlungen auseinander. Die Pflege beschäftigt sich damit, wie Menschen ihren Gesundheitszustand bzw. ihre Krankheit erleben und welche daraus folgenden pflegerischen Aktivitäten notwendig sind, um den Alltag bewältigen zu können.

➤ Pflegediagnosen beschreiben die Reaktionen von Menschen auf den aktuellen Gesundheitsstatus und gesundheitsbezogene Ereignisse im Lebensprozess bzw. deren Umgang damit. Die pflegerische Beurteilung richtet sich am Erleben der Gesundheits- oder Krankheitssituationen von Menschen aus. Die medizinische Diagnostik und Therapie beschäftigen sich direkt mit den Krankheiten eines Menschen.

Aus dem generellen Unterschied im Ansatz von Pflege und Medizin ergeben sich auch verschiedene Eigenschaften der Diagnostik aus beiden Bereichen (■ Tab. 1.1, ■ Tab. 1.2).

Medizinische Diagnosen enthalten für die Pflege wichtige Zusatzinformationen, sind jedoch nicht Gegenstand der eigenverantwortlichen Pflege.

Tab. 1.1 Unterscheidungsmerkmale im Überblick

Medizinische Diagnosen	Pflegediagnosen
Beschreiben die Krankheit selbst	Beschreiben das Krankheitserleben, das heißt, wie sich ein Mensch verhält, wenn er/sie erkrankt
Beschreiben Krankheiten und begründen medizinische Behandlungen	Beschreiben den Pflegebedarf sowie den Bedarf an Gesundheitsförderung und begründen pflegerische Maßnahmen im eigenverantwortlichen pflegerischen Handlungsbereich
Betreffen den Patienten als Einzelperson	Beschreiben und berücksichtigen neben den Betroffenen auch die Familie oder Gemeinschaften als Funktionseinheit (z. B. Familienprozess, verändert; Coping der Familie, beeinträchtigt)
Beziehen sich auf pathophysiologische Veränderungen im Körper, meistens ohne Berücksichtigung psychosozialer Faktoren und Auswirkungen (Ausnahme „Psychiatrie“)	Beziehen sich auf das Verhalten des Betroffenen und auf die physiologischen, psychischen und sozialen Reaktionen auf Gesundheitsprobleme oder Lebensprozesse
Fallen in die rechtliche Zuständigkeit der Ärzte, der medizinischen Arbeit	Fallen in die rechtliche Zuständigkeit der Pflege, der pflegerischen Arbeit

Tab. 1.2 Unterscheidungsmerkmale an Hand konkreter Beispiele

Medizinische Diagnosen	Mögliche Pflegediagnosen
Morbus Parkinson ICD-10-Code G20.1	P: Gehen, beeinträchtigt (50092) Ä: Steifigkeit (Rigor) S: macht kleine Schritte beim Gehen, Startschwierigkeiten beim Gehen R: steht selbstständig auf
	P: Selbstwertschätzung, gering (80112) Ä: optische und körperliche Veränderungen (ausdruckslose Mimik, maskenartiges Gesicht, Bewegungseinschränkung) S: Bemerkungen wie: „Sehen Sie nur wie ich aussehe“, „Ich kann mich ja nicht unter die Leute wagen.“, „Ich werde immer unbeweglicher, alle schauen auf mich.“ R: hilft bei der Körperpflege aktiv mit
	Weitere oder auch vollkommen andere Pflegediagnosen sind möglich
Paranoide Schizophrenie ICD-10-Code F20.0	P: Körperliche Mobilität, beeinträchtigt (50052) Ä: Sedierung und starker Tremor der Hände S: Kann alleine nicht aufstehen, ist unsicher beim Gehen und verschüttet beim Trinken R: Geht mit Unterstützung einer Pflegenden am Gang auf und ab. Führt halbvolles Trinkgefäß ohne Ausschütten selbstständig zum Mund.
	P: Körperbild, beeinträchtigt (80102) Ä: Beeinträchtigte Selbstwahrnehmung S: Drückt aus von bestimmten Menschen verfolgt zu werden R: Äußert Vertrauen gegenüber den Pflegenden zu haben
	Weitere oder auch vollkommen andere Pflegediagnosen sind möglich

1.2 Pflegediagnostik und Aufwandsdarstellung

Krankenhausärzte müssen mittels klassifizierter Diagnosen ihr Leistungsvolumen darstellen, um die Kosten zu begründen und abzurechnen. In Deutschland und der Schweiz werden dazu die Diagnosis Related Groups (DRG)² als Berechnungsgrundlage im Krankenhausbetrieb verwendet. In Österreich findet die sogenannte LKF (leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung) Anwendung.

Andere Berufsgruppen, wie die Ergotherapie, Physiotherapie oder Sozialarbeit, haben derzeit noch keine einheitlichen Diagnosen-Klassifikationssysteme.

Dadurch kann der Eindruck entstehen, dass sich die Leistungen aller Gesundheitsberufe aus einem medizinischen Diagnosesystem ableiten lassen.

Den Pflegeaufwand aus medizinischen Diagnosen abzuleiten ist aus gesundheitsökonomischer Sicht nicht zielführend und muss diskutiert werden. Statistische Analysen belegen seit vielen Jahren mehrheitlich, dass aus medizinorientierten Leistungserfassungen (z. B. DRGs) der Pflegeaufwand nicht in ausreichender und zufriedenstellender Weise dargestellt werden kann (vgl. z. B. Fischer 1999; Baumberger 2001; Hunstein 2003; Baumberger et al. 2009).

➤ DRGs und ähnliche medizinorientierte Systeme (z. B. LKF in Österreich) beschreiben den gesamten Behandlungsaufwand aller Berufsgruppen im Gesundheitssystem nur ungenügend.

Der pflegerische Betreuungsbedarf und -aufwand ergibt sich aus der pflegerischen Bewertung der Gesundheitssituation eines Menschen (Ressourcen und Beeinträchtigungen), den formulierten und mit dem Betroffenen vereinbarten Pflegezielen und den daraus resultierenden Pflegemaßnahmen. Pflegediagnosen begründen den geplanten und/oder tatsächlich geleisteten Pflegeaufwand, da sie strukturierte Beschreibungen der Situation von Menschen mit Pflegebedarf darstellen.

1.3 Ziele des Formulierens von Pflegediagnosen

Das Formulieren von Pflegediagnosen erfüllt folgende Funktionen:

- Pflegediagnosen begründen, warum Menschen Pflege benötigen
- Pflegediagnosen sind die Grundlage für die Festlegung des Pflegebedarfs
- Pflegediagnosen geben eine informative, übersichtliche, anschauliche, individuelle Kurzbeschreibung/Charakterisierung der Pflegesituation
- Pflegediagnosen sind ein wichtiges Informations- und Kommunikationsmittel für die Pflege

2 Dt. diagnosenorientierte Fallgruppen.

- Pflegediagnosen ermöglichen den Pflegeaufwand zu argumentieren (z. B. Personalkosten, Materialkosten)
- Pflegediagnosen sind wichtig für die Qualitätsarbeit und die Pflegeforschung. Sie sind ein Werkzeug für die Weiterentwicklung der Pflege
- Pflegediagnosen erleichtern eine standardisierte Erfassung sowie eine Übernahme in EDV-Systeme und Datenbanken

1.4 Zeitpunkt des Formulierens von Pflegediagnosen

Sobald Informationen und Daten über Menschen mit Unterstützungsbedarf verfügbar sind (z. B. Aussagen und Mitteilungen der Betroffenen, Aussagen von Angehörigen, Beobachtungsinhalte), können Pflegenden erste pflegediagnostische Überlegungen anstellen. In Situationen, in denen sich die hilfebedürftigen Menschen nicht bzw. nur eingeschränkt am Pflegeprozess beteiligen können (z. B. bewusstlose oder in der Kommunikation beeinträchtigte Menschen), entscheiden die Pflegenden aufgrund ihrer professionellen Einschätzung und unter Einbeziehung sämtlicher anderer Informationsquellen, welche Diagnosen in die Pflegeplanung aufgenommen werden.

Pflegediagnosen werden bei unklarer Ätiologie (Ursache) als Verdachtsdiagnosen formuliert und z. B. durch die Formulierungen „in vermutlichem Zusammenhang“ oder „unklare Ursache“ gekennzeichnet.

Im pflegerischen Alltag werden Pflegediagnosen in die Pflegeplanung übernommen, wenn abschätzbar ist, dass die Pflegediagnosen, Pflegeziele und Pflegemaßnahmen über einen längeren Zeitraum ein geplantes und kontinuierliches Vorgehen erfordern. Beim Erkennen eines pflegerischen Handlungsbedarfs, der nur kurzfristige Handlungen erfordert, ist es ausreichend, die Situation und die durchgeführten Maßnahmen im Pflegebericht zu dokumentieren.

- Eine Pflegediagnose wird in der Praxis dann gestellt, wenn voraussichtlich über mehrere Tage kontinuierlich Pflegemaßnahmen erforderlich sind und die Ausarbeitung einer Pflegeplanung sinnvoll ist.

1.5 Das POP-Ressourcenmodell

1.5.1 Ressourcen und Pflegebedarf

Menschen bewältigen ihren Alltag mit individuellen Fähigkeiten und Fertigkeiten. Diese Fähigkeiten und Fertigkeiten können auch Ressourcen genannt werden (vgl. Scheichenberger 2009, S. 53 ff.). Die gesundheitsbezogenen Ressourcen zu benennen und einzubeziehen gehört heute zur aktuellen und professionellen Pflegepraxis. Würde und Respekt in der Pflege bedeutet auch, Menschen nicht nur unter dem Aspekt zu sehen, was sie nicht (mehr) können. Eine starke Defizitorientierung, wie sie in der Gesundheitsversorgung immer noch zu finden ist, bedeutet die Vernachlässigung von Ressourcen und damit die Vernachlässigung wesentlicher Lebensanteile. Darüber hinaus unterstützt das ressourcenorientierte Denken die Pflegenden bei der Argumentation, warum sie in einem professionellen Rahmen tätig werden.

Bei allen Diskussionen darüber, wie Pflegebedarf genau zu fassen ist, kann davon ausgegangen werden, dass es sich dabei um die Differenz zwischen den Anforderungen der Alltagsbewältigung und den verfügbaren (gesundheitlichen) Ressourcen handelt (vgl. z. B. Wingenfeld et al. 2007, S. 107). Damit wird klar, dass Ressourcen für die Festlegung des Pflegebedarfs eine zentrale Rolle spielen.

Das ist keine grundsätzlich neue Einsicht, lässt sich doch die Bedeutung von Ressourcen in der Pflege auch aus Pflegemodellen und Pflegetheorien ableiten. Beinahe alle anerkannten Pflegemodelle und Pflegetheorien beziehen sich auf den Menschen in seiner Gesamtheit, mit den für die Pflege relevanten Phänomenen und vier miteinander in Beziehung stehenden zentralen Konzepten – Person, Umwelt, Gesundheit und Pflege.

Die integrative Betrachtung von Fähigkeiten und Einschränkungen eines Menschen ist nicht allein eine Frage auf der theoretischen Ebene. Längst hat die Forderung nach der Arbeit mit Ressourcen auch in offizielle Dokumente Einzug gehalten. In Österreich ist im § 14, Abs. 2 des Gesundheits- und Krankenpflegegesetzes festgehalten, dass auch zur Verfügung stehende Ressourcen im Assessment berücksichtigt werden müssen (vgl. RIS 2012). In Deutschland hat der Medizinische Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen (MDS) im Jahr 2005 eine „Grundsatzstellungnahme Pflegeprozess und Pflegedokumentation“ herausgegeben, in der explizit die Einbeziehung von Ressourcen durch die Verwendung des PESR-Formats³ in der Formulierung von Pflegediagnosen angeregt wird (MDS 2005, S. 20 ff.).

Will man den Pflegebedarf eines Menschen einschätzen und begründen, müssen mehrere Faktoren in die Beurteilung einbezogen werden. Dazu gehören die Selbstpflegefähigkeiten und Ressourcen, Kontextfaktoren (z. B. Wohnumgebung, soziales Netzwerk) und Zieldefinitionen über angestrebte Fähigkeiten und Zustände (vgl. Bartholomeyczik und Hunstein 2000, S. 107). Die individuelle Beurteilung von gesundheitsbezogener Alltagskompetenz und eventuell bestehenden Einschränkungen ist Aufgabe der Pflegenden im Rahmen der Pflegediagnostik. Pflegediagnosen müssen somit – als eine konkrete Form der pflegerischen Situationseinschätzung – auch individuelle Ressourcen, Beeinträchtigungen, Ziele und Lebensumstände einbeziehen und abbilden.

Für diese Aufgabe braucht es entsprechende pflegediagnostische Werkzeuge, die eine umfassende pflegerische Situationsbeschreibung erlauben und unterstützen. Pflege, die auch die Ressourcen eines Menschen systematisch berücksichtigt, benötigt logische Konzepte, die Pflegenden dabei unterstützen und befähigen, die Ressourcenorientierung in der Praxis umzusetzen.

Viele der etablierten Klassifikationssysteme der Pflege kommen aus der Tradition der Defizitbeschreibungen. Manche bieten keine Möglichkeit, Ressourcen zu erfassen, andere ermöglichen es, bieten den Anwendern aber keine Anhaltspunkte, wie Ressourcenorientierung angewendet werden kann.

Dies ist der Ausgangspunkt der Klassifikation „POP – praxisorientierte Pflegediagnostik“, die Ressourcen als fixen Bestandteil von Pflegediagnosen verankert.

3 PESR: Problem, Etiology, Symptom, Resources. Der MDS verweist auf eine Publikation von Sauter et al. (2004).

1.5.2 Theoretischer Hintergrund der POP-Klassifikation

Gesundheit ist als positives Phänomen schwer zu definieren. Das Alltagsverständnis von Gesundheit erschöpft sich meist im „nicht krank sein“. Im Diskurs der Gesundheitswissenschaften kann Gesundheit als Fähigkeit zur produktiven Bewältigung der Herausforderungen des Lebens gesehen werden (vgl. Nutbeam 1998, S. 1). Pelikan fasst Gesundheit noch grundlegender und beschreibt sie als Prozess des Überlebens (vgl. Pelikan 2009). Dieser Prozess kann in weiterer Folge noch näher differenziert werden, etwa nach der Dauer (Lebenswartung) oder nach der Art und Weise des Überlebens (Lebensqualität).

Ausgehend von dieser allgemeinen Definition von „Gesundheit“ stellt sich die Frage, welchen Gesundheitsbegriff die Pflege als Gesundheitsberuf anwenden soll. Die Pflege ist ein Gesundheitsberuf unter vielen anderen und jeder dieser Berufe bearbeitet unterschiedliche Aspekte der Gesundheit. Folglich muss auch der Gesundheitsbegriff der Pflege jenen Ausschnitt aus einer Gesamtdefinition von Gesundheit abbilden, der das Tätigkeitsfeld der Pflege umfasst.

Ein hilfreicher Hinweis dazu findet sich bei Bartholomeyczik (2006). Sie diskutiert die Bedeutung von Prävention und Gesundheitsförderung für die Pflege und schlägt vor, Gesundheit als Fähigkeit zur autonomen Alltagsbewältigung zu definieren. Greift man diesen Vorschlag auf, führt das zu einer funktionellen Definition von Gesundheit, in der Gesundheit als Potenzial und Fähigkeit gesehen wird. Mit diesem Verständnis von Gesundheit lässt sich der Ansatz in der professionellen Gesundheits- und Krankenpflege gut beschreiben und der Begriff „Gesundheit“ wird in der Pflegepraxis handhabbar. Die „Fähigkeit, sich selbst anzukleiden“, ist damit ein relevanter Teil der menschlichen Gesundheit und viel näher an der Pflegepraxis als die Begriffe in allgemeinen Gesundheitstheorien.

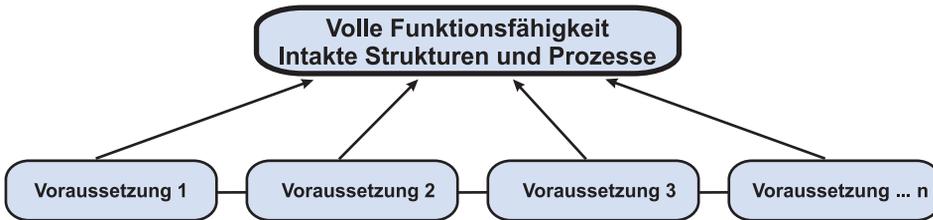
Bei der Beurteilung des Gesundheitszustandes, d. h. der Fähigkeiten zur Alltagsbewältigung, ist die subjektive Einschätzung der betroffenen Menschen von großer Bedeutung. Das bedeutet, dass Pflegenden hier eine besondere Verantwortung haben, die individuelle Lebensinterpretation von Menschen mit Pflegebedarf in ihre professionelle Bewertung einzubeziehen (vgl. Bräutigam 2003; Schrems 2003).

1.5.3 Der ressourcenorientierte Ansatz von POP

Im Zentrum von POP stehen die Ressourcen und die Gesundheit eines Menschen. Ein differenziertes Verständnis, was Ressourcen sind und welche Bedeutung sie für das Leben von Menschen haben, ist eine wesentliche Grundlage für ressourcenorientiertes Arbeiten.

➤ Ressourcen werden definiert als Kräfte, Fähigkeiten und Möglichkeiten, die Menschen zur Erhaltung bzw. Entwicklung der Gesundheit und/oder zur Krankheitsbewältigung einsetzen.

Diese Definition orientiert sich an unterschiedlichen Konzepten, die bereits in diese Richtung entwickelt wurden, etwa am salutogenetischen Ansatz nach Antonovsky (1979) oder an einer Reihe von Bewältigungs- und Stresstheorien (für eine Übersicht siehe Hurrelmann 2006; Scheichenberger 2009).



■ **Abb. 1.1** Intakte Voraussetzungen

In der POP-Klassifikation wird davon ausgegangen, dass Gesundheit auf intakten Ressourcen beruht (vgl. ■ Abb. 1.1).

Relevante Ressourcen in der Pflege lassen sich über folgende Fragestellung identifizieren: „Welche Fähigkeiten und Fertigkeiten müssen im körperlichen/funktionellen, psychischen und sozialen/umgebungsbedingten Bereich gegeben sein, damit Aufgaben und Herausforderungen im Lebensprozess eigenständig bewältigt werden können?“

Ein Beispiel: Welche Ressourcen, Fähigkeiten und Fertigkeiten müssen vorhanden sein, damit ein Mensch gehen kann? Z. B.

- Ausreichende Energie/Kraft
- Ausreichende Ausdauer
- Ausreichende Beweglichkeit
- Intakte Wahrnehmung
- Intaktes Denken
- Intakte räumliche Orientierung
- Intakte Koordination
- Gefühl der Sicherheit beim Gehen
- Motivation zu gehen
- Selbstvertrauen in die eigene Fähigkeit zu gehen
- Schmerzfreiheit beim Gehen
- Umgebung ist den Fähigkeiten angepasst (z. B. rutschfreier Untergrund, keine Schwellen, Entfernung von Stolperfallen)

Voraussetzungen für intakte Strukturen und Prozesse werden bei POP als Ressourcen bezeichnet. Intakte Ressourcen sind Voraussetzungen für Gesundheit.

1.5.4 Arten von Ressourcen in der POP-Klassifikation

Menschen verfügen über Ressourcen in unterschiedlichen Bereichen. Die POP-Klassifikation unterscheidet Ressourcen in drei Bereichen:

- Körperliche/funktionelle Ressourcen
- Psychische Ressourcen
- Soziale/umgebungsbedingte Ressourcen

Ressourcen können unterschiedliche Zustände haben:

- intakt
- potenziell beeinträchtigt
- beeinträchtigt bzw. teil-intakt
- fehlend

Manche Ressourcen sind für Menschen nur mit externer Unterstützung nutzbar (teil-intakte Ressourcen), die an einer „wenn“-Bedingung erkennbar sind. Beispielsweise isst ein Mensch selbstständig, wenn das Essen in Reichweite positioniert wird. Diese Ressourcen werden als indirekte Ressourcen bezeichnet. Ressourcen, die ein Mensch eigenständig, ohne Zutun von außen verwenden kann, werden als direkte Ressourcen benannt, z. B. organisiert und bereitet sich selbstständig Essen zu.

1.5.5 Zusammenhang von Ressourcen und POP-Pflegediagnostik

Wenn Gesundheit auf intakten und funktionierenden körperlichen/funktionellen, psychischen und sozialen/umgebungsbedingten Ressourcen beruht, dann können beeinträchtigte oder fehlende Ressourcen Ursache für Einschränkungen in der Alltagsbewältigung werden. In diesem Fall können diese Ursachen pflegediagnostisch als Ätiologie (= Ursachen) für bestehende Einschränkungen beschrieben werden (■ Tab. 1.3 und ■ Abb. 1.2).

Besteht das Risiko, dass die Alltagsbewältigung eines Menschen in der Zukunft aufgrund von abnehmenden und/oder bereits reduzierten Ressourcen beeinträchtigt werden könnte, so können diese (potenziell) beeinträchtigten Ressourcen als Risikofaktoren formuliert werden (Risiko-Pflegediagnose ■ Abb. 1.3).

Intakte oder teilweise intakte Voraussetzungen für die Alltagsbewältigung können als Ressourcen dargestellt werden (■ Abb. 1.4).

Der Zusammenhang zwischen Ressourcen und pflegediagnostischen Beschreibungen (Pflegediagnosen), die den Bedarf an pflegerischen Interventionen begründen, wird durch die Grafiken veranschaulicht (■ Abb. 1.2, ■ 1.3, ■ 1.4).

■ **Tab. 1.3** Gegenüberstellung Ressourcen und Ätiologien der PD „Orientierung, beeinträchtigt“

Ressourcen	Pflegediagnosen
Intakte Sinneswahrnehmung	Beeinträchtigte Sinneswahrnehmung
Intakte kognitive Fähigkeiten	Beeinträchtigte kognitive Fähigkeiten
Erholsamer Schlaf	Beeinträchtigter Schlaf
Bekannte Umgebung	Unbekannte Umgebung
Gefühl der Sicherheit	Angst
etc.	etc.